

## بی اختیاری مدفوع :

بی اختیاری مدفوع یعنی دفع اختیاری یا غیر اختیاری مدفوع به روی سطحی غیر از توالت بعد از سن ۴ سالگی است. بی اختیاری مدفوع بدون وجود بیوست ناشایع است و ممکن است نشانه‌ای از اختلالات تناقضی با سایر بیماری‌های روانی باشد.

نشت مدفوع به معنای دفع غیر ارادی مدفوع است که اغلب با تجمع توده مدفوعی همراه است.

## ملاکهای تشخیصی برای بی اختیاری مدفوع:

الف) دفع ارادی یا غیر ارادی مدفوع در مکانهای نامناسب (داخل لباس یا کف اتاق)

ب) بی اختیاری مدفوع ماهی 1 بار روی داده و مدت 3 ماه طول کشیده است.

ج) سن تقویمی یا سن رشدی معادل حداقل 4 سال است

د) این رفتار منحصر ا ناشی از تأثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مانند ملین‌ها) یا یک اختلال طبی عمومی (بجز از طریق مکانیسم بیوست) نیست

♣ در اکثر نوپاها کنترل عضلانی روده حتی قبل از کنترل مثانه روی میدهد.

توالی طبیعی رشد کنترل بر کارکرد های روده و مثانه به ترتیب زیر است:

الف) کسب کنترل شبانه مدفوع

ب) کسب کنترل روزانه مدفوع

ج) کسب کنترل روزانه مثانه

د) کسب کنترل شبانه مثانه

♣ بی اختیاری مدفوع میتواند با یا بدون بیوست باشد.

در فرهنگ غرب معمولاً بین 4 تا 5 سالگی کودکان به کنترل روده رسیده و شیوع این اختلال تا 16 سالگی تقریباً به صفر میرسد. پس از 4 سالگی بی اختیاری مدفوع در پسر ها 6 بار شایعتر از دختر ها است. بین بی اختیاری مدفوع و ادرار ارتباط معنا داری وجود دارد.

## علل :

1- بیوست مزمن: کودک برای اجتناب از درد حرکات روده ای، جلوی این حرکات را گرفته و دفع دیرتر مدفوع موجب افزایش بیوست و بی اختیاری سرریزی میشود. آموزش مناسب دفع مدفوع و دیگر مداخلات رفتاری میتواند مشکل را کاهش دهد.

2- کنترل ناموتر اسفنکتری: برخی کودکان به خاطر عدم توانایی در کنترل اسفنکتر ویا وجود مایع بیش از حد به طور غیر ارادی دچار بی اختیاری سرریزی میشوند. 3- رابطه والد-فرزندی و تنبیه گرانه: این اختلال با خصومت مادر و روشهای فرزند پروری خشن همراه با تنبیهات زیاد و غیر منطقی به خصوص در حین آموزش آداب توالت میتواند مربوط باشد.

4- اختلالات خلقی: در مطالعاتی نشان داده شده بی اختیاری مدفوع در کودکان دچار اختلال دوقطبی نوع یک در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بوده، اما در اکثر موارد بی اختیاری مدفوع پیش از شروع اختلال خلقی آغاز شده. 5- شخصیت کودک: کودک ممکن است بدلیل سازمان یافتگی خاص شخصیت و رفتارهای واپس گرا در برابر یادگیری مقاومت نشان دهد. پرخاشگری، اضطراب، تضادورزی و وسواس در این کودکان دیده میشود.

6- الگوی کنترل حرکات روده: کودکی که در این چرخه افتاده بدلیل درد هنگام اجابت مزاج، مجبور است با خواسته والدین مبنی بر دفع مدفوع مقابله نموده که خود این مقاومت اغلب باعث تشدید اختلال و منجر به بروز رفتارهای بیمار گونه دیگر (فوبیا) میشود.

کثیف کردن خود نیز باعث طرد اجتماعی کودک و بروز مشکلات روانی نظیر حواس پرتی، کوتاهی میدان توجه، عدم پذیرش محرومیتها، بیش فعالی و هماهنگی ضعیف حرکتی در کودکانی که علیرغم کسب کنترل روده ای، مدفوع با قوام طبیعی در محلهای نامناسب دفع میکنند، دیده میشود.

7- وقایع استرس زا: این نوع بی اختیاری اغلب پس از گذشت یک دوره تقریباً طولانی از کسب کنترل روده ای دیده میشود. تولد خواهر یا برادر، تغییر محل زندگی، جدایی یا مرگ والدین، شکست تحصیلی و دور شدن از دوستان صمیمی.

## سیر و پیش آگهی:

بستگی به علت، میزان طول کشیدن علایم، مشکلات رفتاری همراه دارد.

در بسیاری موارد خودبخود از بین رفته، بندرت پس از سالهای میانه نوجوانی دوام دارد

درمان در کودکانی که کندی حرکات معده و ناتوانی برای شل کردن اسفنکتر مقعد دارند مشکل تر است از وقتی است که بیوست وجود دارد ولی قوام اسفنکتر طبیعی است.

بالا بودن سطح تنش خانواده بدلیل مشمنز کننده بودن این اختلال.

طرد کودک از همسالان بدلیل رفتارهای نامناسب بارشده وی و شکل گیری عزت نفس پایین

از نظر روانشناختی کودک ممکن است نسبت به علایم خود بی تفاوت بوده ویا از این رفتار برای ابراز خشم خود استفاده کند

فرجام این اختلال به تمایل و توانایی خانواده به شرکت در درمان، عدم تنبیه آشکار و آگاه شدن کودک نسبت به زمان نیاز به دفع بستگی دارد.

## درمان:

درمان طبی اولیه برای رفع بیوست همراه با مداخله رفتاری برای تقویت رفتار روده ای متناسب و کاهش اضطراب مربوط به حرکات روده.

1. کاهش تنشهای خانوادگی و ایجاد فضایی عاری از تنبیه
2. انجام کوششهایی مشابه در مدرسه تا از شرمندگی کودک در آن محیط کاسته شود
3. تعویض مکرر لباس زیر کودک بدون داد و قال
4. بنشستن روی توالت در فواصل زمانبندی شده در کودکانی که بیوست ندارند و کنترل خوبی روی اعمال روده دارند.
5. مصرف روزانه ملینها یا روغنهای معدنی همراه با مداخله رفتاری که طی آن کودک در فواصل زمانبندی شده در توالت مینشیند و به خاطر دفع موفقیت آمیز مورد توجه واقع میشود.
6. رواندرمانی حمایتی و فنون آرامسازی جهت درمان اضطراب و کودکانی با عزت نفس پایین و انزوای اجتماعی .

## آموزش رفتاری:

برای درمان یبوست مزمن آموزش رفتاری ضروری است. از والدین خواسته می‌شود که میزان خروج مدفوع را اندازه‌گیری و ثبت کنند. نشستن بر سر توالت برای مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه روزی ۳-۴ بار صورت می‌گیرد. از کودک خواسته می‌شود تا وضعیت مناسبی را سر توالت داشته باشد به این ترتیب که نیمه فوقانی بدن را خم کند و اندکی به جلو ببرد و پاها را روی زمین بگذارد. در تمامی این مراحل این برنامه باید کودک مورد تشویق قرار گیرد و باید از تنبیه و ایجاد اضطراب در کودک اجتناب گردد. به مرور که نشانه‌ها از بین می‌روند نشستن بر سر توالت به ۲ بار در روز کاهش می‌یابد و سرانجام به یک بار در روز می‌رسد.

مرحله بعد: وقتی است که توده مدفوعی از راست روده دفع شده است و در این مرحله درمان نگه دارنده شروع می‌شود. که شامل: توجه به رژیم غذایی، دارو درمانی برای تنظیم وضعیت دفع مدفوع و آموزش رفتاری اجابت مزاج می‌باشد. افزایش فیبر در رژیم غذایی و افزایش مصرف مایعات پیشنهاد می‌گردد. آب میوه‌هایی که بر پایه سوربیتول ساخته می‌شوند شامل آب سیب، آب آلو و آب هلو مناسب هستند. حجم آب حرکات روده را افزایش می‌دهد و استفاده از داروها می‌تواند از رفتار درمانی به تنهایی موثرتر باشد.

## نکاتی برای والدین:

والدین باید بدانند که کودکان حتی پس از آموختن نیز گهگاهی نمیتوانند عمل دفع خود را کنترل کنند و شلوارشان را کثیف میکنند. این اتفاقات در کودکان ۳-۲ ساله بسیار فراوان است ولی گاهی در میان کودکان بزرگتر هم دیده میشود که معمولاً بدلیل بیماری، هیجان یا نگرانی است.

به یاد داشته باشید که کودکان خیلی بیشتر از شما برای اینگونه اتفاقات ناراحت میشوند، هیچگاه او را خجالت زده نکنید و به علت عمل دفع غیرارادی او را تنبیه نکنید همواره در برخورد با این مسائل خونسرد باشید.

## پیشگیری:

تشخیص زودتر یبوست مزمن میتواند از بسیاری از ناتوانیها بکاهد و طول مدت درمان را کوتاه نماید. و والدین باید کودکانشان را برای ایجاد عادت توالت رفتن در سنین پایین به عنوان یک معیار پیشگیری کننده تشویق نمایند.

## راهکارهایی برای بهبود وضع کودک:

1. از لحاظ پزشکی کودک بررسی شود. متخصص در پی یافتن مشکلاتی مانند احتباس مدفوع، بزرگ و گشاد شدن روده بزرگ، ضعف ماهیچه‌های روده بزرگ، کم کاری تیروئید، ناهنجاری های مادرزادی، نشانگان روده تحریک پذیر، اختلالات جذب روده و ... خواهد بود.

2. از درستی برنامه غذایی کودک اطمینان حاصل کنید. که طبق دستور پزشک از غذاهای دارای فیبر زیاد و داروهای ملین استفاده کند.

3. بر ترس های توالت رفتن غلبه کنید. ممکنه به علت درد ناشی از یبوست باشد که با رژیم غذایی و دارو رفع میشود. سعی کنید در مورد ترس کودک با او وارد بحث شوید.

4. از پس لجبازی و نافرمانی کودک خود برآیید. قبل از اجبار کودک سعی کنید همکاری و اطاعت را در کودک تقویت کنید. روشهای تحسین، نادیده گرفتن، محروم کردن موقت بیش از حد مفید خواهد بود. برای نشستن کودک در توالت جایزه بدهید از ۳۰ ثانیه شروع کنید و زمان را به ۶۰ ثانیه برسانید و طی چند روز به چند دقیقه برسانید.

5. زمان توالت رفتن کودک را منظم کنید. مثلاً: یک بار در صبح و یک بار ظهر بعد از مدرسه (در حد ۱۵-۱۰ دقیقه در روز)

6. پیشرفت کودک را تقویت کنید. عمل دفع را بدون پاداش نگذارید و رکوگیری را شروع کنید. اگر دو روز متوالی شلوارش را کثیف نکرد به او پاداش دهید بعد کم کم دو روز را به سه روز برسانید، بعد چهار روز، یک هفته، چند ماه و... برسانید. اگر در حین رکوگیری لباسش را کثیف کرد او را نا امید نکنید و رکو رد گیری را از ابتدا شروع کنید.

7. در هنگام کثیف کردن اتفاقی، با کودک درست برخورد کنیم. خونسرد باشیم، غر نزنیم و علی رغم لجبازی کودک لباسش را عوض کنیم.

8. صبور باشید. این مشکل کودک یک شبه ایجاد نشده است ممکن است روند بهبودی ماهها طول بکشد و چندین بار مجبور شوید کارتان را از نو شروع کنید.

به نام خدا

دانشکده علوم پزشکی و درمانی قزوین  
مرکز درمانی بیمارستان قدس

بمقتل آموزش به بیمار

## درباره اختلال دفع(مدفوع) در کودکان چه میدانید؟



تهیه و تنظیم: سارا غزلی

دانشجوی روانپرستاری – پاییز 94

منابع: 1- خلاصه روانشناسی کاپلان و سادوک

2- طب کودکان نلسون

3- اختلالات روانی- رفتاری دوران کودکی و نوجوانی- مترجم:

دکتر سید مهدی صابری

چگونه با کودک رفتار کنم – دکتر گاربر – ترجمه شاهین

خرزلی- انتشارات مروارید.